Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 15.

DE LA CHUTE

ET DE LA

DYSTROPHIE DES ONGLES

CHEZ LES ATAXIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Mars 1883

PAR E. DOMECQ-TURON

Né à GOMER (Basses-Pyrénées)

Examinateurs de la Thèse : MM. PITRES, *Président.* — BOUCHARD, *Professeur.* — POINSOT, RONDOT, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie

16 — RUE CABIROL — 16

1883

Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 15.

DE LA CHUTE

ET DE LA

DYSTROPHIE DES ONGLES

CHEZ LES ATAXIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Mars 1883

PAR E. DOMECQ-TURON

Né à GOMER (Basses-Pyrénées)

Examinateurs de la Thèse :

MM. PITRES, *Président.*
BOUCHARD, *Professeur.*
POINSOT, RONDOT, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie

16 — RUE CABIROL — 16

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. POINSOT
RONDOT	LEFOUR	TESTUT
LANDE	DUDON	CARLES
SOLLES	DEMONS	PÉRIER
ARMAINGAUD	GERVAIS KOYSIEWICZ	BLAREZ

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VENOT.
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS — A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR A. PITRES

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE Dr ARNOZAN

A MES MAITRES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549628_0067

DE LA CHUTE

ET DE LA

DYSTROPHIE DES ONGLES

Chez les Ataxiques

INTRODUCTION

On peut observer, dans le cours de l'ataxie locomotrice, les formes les plus variées de troubles trophiques : Arthropathies, fractures spontanées, atrophies musculaires, ecchymoses sous-cutanées, éruptions bulleuses ou vésiculeuses, œdèmes durs, maux perforants. A cette liste déjà longue, on doit ajouter, croyons-nous, certaines altérations des ongles, que nous allons essayer de décrire dans le présent travail.

Ces altérations se présentent sous deux formes différentes. Chez certains malades, les ongles se détachent spontanément sans qu'aucun traumatisme puisse expliquer leur chute. Chez d'autres, les ongles ne tombent pas, mais ils sont modifiés dans leur aspect extérieur et dans leur

structure. De là deux séries d'observations que nous étudierons dans deux chapitres séparés : 1° Chute spontanée des ongles; 2° Dystrophie des ongles.

Avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le professer A. Pitres, qui nous a inspiré le choix de ce sujet et qui n'a cessé de nous aider de ses conseils si savants et si autorisés. Qu'il reçoive ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous voulons remercier aussi M. Prioleau, son interne, de la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition son habileté, comme dessinateur. Je remercie également M. Sieur, interne à l'hospice des Incurables de Bordeaux, pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

CHAPITRE PREMIER

De la chute spontanée des ongles chez les ataxiques.

Le phénomène de la chute spontanée des ongles chez les ataxiques a été décrit presque à la même époque par M. Joffroy (1) et par M. Pitres (2). Il a fait depuis l'objet de la thèse inaugurale de M. Pouget (3) et d'une communication de M. Roques (4) à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Avant d'étudier les conditions dans lesquelles les ongles des ataxiques peuvent se détacher et tomber spontanément, il nous parait utile de rappeler les observations publiées par les auteurs précédents et de donner les détails des faits analogues que nous avons pu recueillir.

(1) Alix Joffroy. — *Chute de l'ongle des gros orteils chez un malade atteint d'ataxie locomotrice progressive.* — Archives de physiologie, janvier 1882, 11e série T. IX, page 174.

(2) A. Pitres. — *De la chute spontanée des ongles chez les ataxiques.* — Progrès médical, février 1882.

(3) Pouget. — *De la chute des ongles dans les affections nerveuses et en particulier dans l'ataxie locomotrice.* — Thèse Doct. Paris 1882. N. 246.

(4) Roques. — *Chute spontanée des ongles chez les ataxiques.* — Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 mai 1882.

Observation I. — *Ataxie locomotrice. — Chute de l'ongle des gros orteils*, par M. Joffroy, *loc. cit.* — (Résumé.)

Homme, trente-huit ans, douleurs lancinantes depuis cinq ans. Incoordination des mouvements, faiblesse de la vessie et impuissance absolue depuis deux ans. « Un jour le malade fut très étonné de voir que l'ongle du gros orteil gauche était complètement noir, comme s'il existait une ecchymose sous-unguéale. Le lendemain l'ongle était détaché en partie et il tombait spontanément le troisième jour. Comme il existait de l'anesthésie à ce niveau, je fis la supposition que le malade avait reçu, sans le sentir, un coup assez violent sur le gros orteil pour produire une suffusion sanguine sous-unguéale et déterminer ainsi la chute de l'ongle. Mais je dus bientôt abandonner cette explication. La semaine suivante, le même fait se reproduisit à droite également pour l'ongle du gros orteil et de même sans aucun phénomène douloureux; et pas plus d'un côté que de l'autre, on n'observait aucune trace de traumatisme en dehors des limites de l'ongle. Enfin de ce côté, la sensibilité était intacte à ce niveau et le malade affirmait qu'il n'avait reçu aucune contusion.

Observation II. — *Ataxie locomotrice progressive. — Chute des ongles des gros orteils*, par M. A. Pitres, *loc. cit.* — (Obs. I).

Deyries (Eugène) âgé de quarante-un ans, est entré à l'hôpital pour une ataxie locomotrice progressive, dont le diagnostic ne peut soulever aucun doute. Depuis cinq ans, il est sujet à des crises de douleurs fulgurantes aiguës, siégeant surtout dans les os des jambes. En 1879, il a perdu la vue par le fait d'une atrophie blanche des papilles des nerfs optiques. Les réflexes rotuliens sont abolis. Le chatouillement de la plante des pieds n'est pas perçu et dans toute l'étendue des membres inférieurs, la perception des sensations douloureuses est retardée de plusieurs secondes et souvent dédoublée.

Au commencement de 1878, Deyries ressentit dans les orteils, et particulièrement dans les deux gros orteils, une douleur lente, continue, qui s'exaspérait à la pression. Il n'y avait aucune ulcération apparente de la matrice des ongles; pas de suppuration, pas d'ulcération. La douleur persista avec les mêmes caractères pendant

quelques semaines, puis les ongles se détachèrent. Aussitôt après, la douleur se dissipa et les ongles nouveaux poussèrent à la place des anciens. Pendant l'hiver de 1878, les mêmes phénomènes se reproduisirent. Une douleur sourde se fit sentir pendant quelques semaines, au niveau des gros orteils, puis les ongles tombèrent et furent remplacés par des ongles nouveaux, dont la croissance se fit rapidement. Enfin, en août 1880, les ongles des deux gros orteils tombèrent et repoussèrent pour la troisième fois. Il est à noter que ces chutes des ongles n'ont pas été précédées de douleurs fulgurantes plus aiguës que celles dont souffre fréquemment le malade, et que, s'il y a eu quelque traumatisme, il a été assez léger pour passer inaperçu. Actuellement, les ongles des gros orteils sont normalement conformés, il n'existe aucune cicatrice, aucune altération appréciable de la peau, dans leur voisinage.

Observation III. — *Ataxie locomotrice progressive. — Chute des ongles des orteils,* par M. A. Pitres, *loc. cit.* — (Obs. II.).

D'Hiriban (Pierre), quarante-quatre ans, est entré dans un des services de chirurgie de l'hôpital Saint-André, pour une tuméfaction considérable du genou gauche. On reconnut bien vite qu'il s'agissait d'une arthropathie ataxique, et le malade fut alors transféré dans mon service. Il présente à son entrée les signes les plus évidents de l'ataxie locomotrice : perte du sens musculaire, abolition des réflexes rotuliens, troubles profonds de la sensibilité des membres inférieurs, crise de douleurs fulgurantes, arthropathie avec gonflement et usure des surfaces articulaires du genou gauche. Les premiers symptômes de l'ataxie paraissent s'être manifestés, il y a dix-huit ans, sous forme de crises gastriques. Quatre ans plus tard apparurent quelques troubles de la sensibilité des membres inférieurs en même temps que de l'incertitude dans la marche. L'arthropathie s'est développée il y a deux ans seulement. Vers 1870, D'Hiriban ressentit au niveau de l'ongle du gros orteil gauche, une crispation continuelle, un espèce de fourmillement douloureux, qui persista pendant un mois, puis l'ongle se détacha peu à peu des parties sous-jacentes et un jour, en se déchaussant, le malade trouva l'ongle dans son bas. Aussitôt après les fourmillements se calmèrent et l'ongle repoussa. Depuis cette

époque, presque régulièrement chaque année, l'ongle du gros orteil gauche s'est ainsi détaché et a été remplacé par un ongle nouveau, d'aspect tout à fait normal. L'ongle du gros orteil droit n'est tombé que deux fois. Il n'y a jamais eu de suppuration de la matrice unguéale, ni de traumatisme qui puisse expliquer la chute répétée des ongles des gros orteils.

Observation IV. — *Ataxie locomotrice au début. — Ecchymoses sous-unguéales, décollement des ongles des gros orteils*, par M. Roques, *loc. cit.* — (Résumé).

Homme, quarante-cinq ans, atteint d'ataxie locomotrice au début. Syphilis il y a dix ans. Depuis un an douleurs dans les membres supérieurs ; dysurie, perte du sens génital, amblyopie ; incertitude de la marche ; diminution de la sensibilité aux membres inférieurs ; abolition des réflexes rotuliens.

« Il y a deux mois, le malade ressentit dans les deux pieds et à la partie inférieure des jambes des fourmillements continuels ; ses membres lui semblaient engourdis et comme morts. Il fit alors des frictions avec l'alcool camphré, frictions qui n'amenèrent aucune amélioration. Alors se montrèrent des ecchymoses sous-unguéales aux deux gros orteils. Elles se développèrent spontanément sans traumatisme antérieur, sans aucune douleur. Le malade les attribue à ses frictions d'alcool camphré qu'il cessa alors. Ces ecchymoses devinrent de plus en plus foncées et présentèrent des deux côtés les mêmes caractères. Actuellement elles occupent tout le derme sous-unguéal, elles ne s'étendent pas au delà. Les ongles des autres orteils et des mains ne présentent rien de semblable. Au-dessous des ecchymoses, les ongles commencent à se détacher. On les ébranle facilement avec le doigt, mais ils tiennent encore par leur centre, toutefois leur chute ne semble pas devoir se faire attendre. »

Observation V. — *Ataxie locomotrice progressive. — Chute des ongles des gros orteils.* — (Personnelle).

Ribaut (Jeanne), cinquante-huit ans, couturière, est entrée à l'hospice des Incurables de Bordeaux en 1878.

Cinq ans auparavant, elle avait ressenti un engourdissement non

douloureux dans les membres inférieurs et s'était aperçue que la marche devenait progressivement impossible. Elle se rappelle qu'alors ses mouvements étaient complètement incoordonnés, qu'elle lançait ses jambes en avant et qu'il lui était impossible de marcher les yeux fermés ; elle ne pouvait pas se tenir debout sans appui.

État actuel. — C'est une femme pléthorique, de très forte constitution. Elle est forcée de garder le lit depuis huit ans, ses membres inférieurs étant incapables de la soutenir. Les réflexes rotuliens sont abolis. La sensibilité au toucher est normale dans toutes les parties du corps, excepté à la plante des pieds, où il y a un peu d'anesthésie. La malade ressent parfois des douleurs spontanées assez vives, qui consistent en fourmillements, en élancements et autres sensations douloureuses. La région de la colonne vertébrale est douloureuse à la pression.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

État des ongles. — Un an environ après l'apparition des premiers symptômes, c'est-à-dire en 1874, Marie Ribaut a éprouvé aux deux gros orteils des douleurs continues, s'exagérant par la pression. Quinze jours après, les ongles de ces orteils sont tombés spontanément l'un après l'autre à quelques jours de distance. La chute des ongles n'a été précédée ni d'ulcérations, ni de suppuration. La malade ne sait pas s'il y a eu des ecchymoses sous-unguéales. Elle se rappelle seulement que les ongles se sont détachés sans violence et qu'elle les a trouvés le matin dans son lit. Des ongles nouveaux se sont développés avec une extrême rapidité. Un mois et demi plus tard, la malade éprouva encore de nouvelles douleurs, analogues aux premières et les ongles se détachèrent de nouveau, sans qu'aucune violence extérieure pût expliquer leur chute. Cet état de choses s'est renouvelé sept à huit fois dans l'espace de deux ans, mais ne s'est pas reproduit depuis huit ans environ, c'est-à-dire depuis l'époque où la marche est devenue impossible.

La malade ne se rappelle pas avoir reçu de coups sur les orteils ; elle ne sait pas nous dire s'il existait une ecchymose sous-unguéale.

Actuellement, tous les ongles ont la forme et la coloration normales. Ils présentent ces particularités qu'ils poussent très vite et qu'ils recouvrent à la partie antérieure une matière pulvérulente, de couleur jaunâtre, extrêmement abondante. Ils sont, en outre, très durs.

Il n'y a pas d'analgésie des gros orteils.

Rien à mentionner du côté des ongles des doigts.

Observation VI. — *Ataxie locomotrice progressive. — Chute des ongles des orteils.* — (Inédite), communiquée par M. Sieur.

Lafforgue (Elie) né en 1825, entre en 1873 à l'hospice des Incurables de Bordeaux pour une ataxie locomotrice progressive bien caractérisée.

Depuis quinze ans environ, il souffre de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et dans les membres supérieurs. Les troubles de la motilité sont aujourd'hui si prononcés que le malade peut à peine quitter son lit et qu'il est dans l'impossibilité de marcher. En 1870, il s'est fracturé la cuisse droite en quittant ses bottes. Les deux articulations scapulo-humérales sont le siège d'une arthropathie ataxique avec gonflement et usure des surfaces articulaires. Les réflexes rotuliens sont abolis; il y a un retard très marqué dans la perception des sensations douloureuses.

Cinq ou six ans après le début de la maladie, sans crises douloureuses plus violentes que les précédentes, sans suppuration ni ulcération d'aucune sorte, le malade vit se détacher, presque en même temps, les ongles des deux gros orteils. Quelques jours après, il trouva dans son lit ceux des petits orteils. Interrogé, au point de vue de l'existence d'une ecchymose sous-unguéale, le malade dit n'avoir jamais rien remarqué d'anormal dans la coloration de ses ongles. Aujourd'hui, les ongles du pied gauche sont rugueux, décolorés, feuilletés. Le bord antérieur de celui du gros orteil est inégal et il s'en détache souvent de petits fragments. Au-dessous de lui, existe une couche grisâtre, dure, qui, par le grattage, tombe en poussière.

Au pied droit, l'ongle du gros orteil est tombé il y a quelques mois, et à sa place existe une substance noire à surface inégale, avec une petite cupule au centre. Les autres aussi sont rugueux et striés transversalement. Celui du deuxième orteil est formé par un bourgeon éptihélial de couleur brunâtre. En enlevant ce bourgeon épithélial par le grattage, on trouve ce qui est représenté dans la *fig. 5, pl. II* : au centre, un petit bourgeon brunâtre, adhérent aux parties sous-jacentes, et qui ne peut être enlevé sans douleur; au niveau de la matrice unguéale, une petite collerette étroite, irrégulière sur les bords, blanchâtre et dure, qui semble représenter un ongle en voie d'évolution.

Observation VII. — *Ataxie locomotrice progressive. — Chute des ongles des orteils.* — (Inédite), communiquée par M. Sieur.

Le nommé Nercam, âgé de cinquante-huit ans, est entré à l'hospice des Incurables de Bordeaux en 1871, avec des signes évidents d'ataxie locomotrice. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, surtout marquées au niveau des orteils. Incoordination des mouvements telle qu'il ne peut se tenir debout. Difficulté dans la déglutition et l'articulation des mots. Troubles de la sensibilité assez marqués, le malade ne se rend pas compte de la position qu'occupent ses membres inférieurs dans le lit.

Les ongles des gros orteils sont tombés deux fois; la dernière chute remonte à deux ans. Le malade raconte que chaque fois, il a eu dans les orteils des douleurs atroces avec coloration noire intense dans la portion unguéale.

Actuellement l'ongle du gros orteil droit est incomplet (*figure 2, pl. II)*; en arrière et sur les côtés, il est séparé des parties molles par une sorte de rainure de 3 millimètres de large, occupée par une substance cornée, noirâtre, qui au grattage semble constituée par une multitude de lamelles juxtaposées et placées de champ. La portion unguéale proprement dite est beaucoup plus épaisse que normalement et diversement colorée. Elle est fortement striée dans le sens transversal et va en s'épaississant du bord libre au bord postérieur. On voit qu'il y a eu formation de couches successives qui se sont superposées.

Au gros orteil du pied gauche, les troubles nutritifs semblent moins accentués (*figure 1, pl. II*). La rainure périphérique avec disparition de la substance unguéale n'existe pas; l'ongle est adhérent aux parties molles dans toute son étendue. Son bord antérieur a une épaisseur de 2 millimètres 1/2 et est constitué par une dizaine de petites couches de substance unguéale de 2 centimètres de large dans le sens antéro-postérieur.

L'ongle du second orteil offre un bourrelet analogue, mais moins prononcé. Quant aux autres, qui ne sont jamais tombés, il n'y a à signaler que des stries transversales et même longitudinales, divisant la surface unguéale en une infinité de petits carrés.

Bien que le phénomène de la chute des ongles, chez les ataxiques, ne soit pas indiqué dans les ouvrages classiques

et qu'il n'en soit fait aucune mention dans les nombreux travaux spéciaux publiés jusqu'en 1882, nous croyons pouvoir affirmer que c'est un accident relativement commun dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. Sur une douzaine d'ataxiques qui se trouvent réunis à l'hospice des Incurables de Bordeaux, il a été rencontré chez trois sujets (*obs. V, VI, VII*) et dans un service de clinique générale d'une activité moyenne, M. le professeur Pitres en a trouvé trois exemples en deux ans (*obs. II, III et IX, p.*)

Dans toutes les observations connues jusqu'à ce jour, ce sont les ongles des orteils qui sont tombés et presque toujours ce sont seulement ceux des gros orteils. Une seule fois les ongles des petits orteils se sont détachés spontanément (*obs. VI.*). Peut-être cela tient-il uniquement à ce que l'ataxie atteint beaucoup plus fréquemment les membres inférieurs que les membres supérieurs? Quelle que soit l'interprétation, le fait méritait d'être signalé.

Il ne paraît pas y avoir de rapport constant entre la chute des ongles et l'âge de l'ataxie. En d'autres termes, la chute spontanée des ongles peut se produire dès le début des accidents tabétiques aussi bien que lorsque ces accidents durent depuis plusieurs années. En faisant à ce point de vue le relevé de nos observations, nous trouvons que la chute s'est produite au plus tôt dans le courant de la première année de la maladie (*obs. IV, V*), et au plus tard dans le courant de la quatorzième année (*obs. VI*).

Certains malades ne perdent les ongles qu'une seule fois; chez d'autres, au contraire, la chute des ongles des orteils se répète un certain nombre de fois, avec ou sans périodicité régulière. Le malade qui fait l'objet de l'observation II, a perdu quatre fois les ongles des deux gros

orteils, trois fois dans le courant de la même année et une fois deux ans après. Dans l'observation III, l'ongle du gros orteil droit est tombé à peu près régulièrement tous les ans pendant une dizaine d'années, et dans l'observation V, la malade a perdu, neuf ou dix fois en trois ans, les ongles de ses deux gros orteils.

Dans la plupart des cas, les ongles des deux gros orteils se sont détachés simultanément ou à quelques jours d'intervalle (*obs. I, II, IV, V, VI, VII*). Cependant leur chute n'a pas lieu nécessairement des deux côtés à la fois, puisque le malade qui fait le sujet de l'observation III a perdu une dizaine de fois l'ongle du gros orteil *gauche* et deux fois seulement celui du gros orteil *droit.*

Les phénomènes qui précèdent et préparent le décollement et la chute des ongles ne sont pas identiques dans tous les cas. Quelquefois une tache ecchymotique apparait au-dessous de l'ongle qui doit tomber et occupe à peu près toute la largeur de la matrice unguéale. Cette tache apparaît sans douleurs prémonitoires (*obs. I*), ou bien elle est précédée par des sensations de fourmillement, d'engourdissement (*obs. II*), ou par des douleurs très vives (*obs. VII*). L'ecchymose précède de quelques jours (trois jours dans l'*obs. I*), ou de quelques semaines (*obs. IV*) le décollement et la chute de l'ongle.

Dans d'autres cas, l'ecchymose sous-unguéale fait complètement défaut. Le malade éprouve pendant quelques jours ou quelques semaines des douleurs plus ou moins aiguës au niveau des orteils et l'ongle se détache sans qu'on ait constaté aucune modification dans sa coloration. Les douleurs prémonitoires sont indiquées dans presque toutes les observations et paraissent présenter des caractères assez uniformes. Ce sont des douleurs lentes, continues, s'exaspérant par la pression (*obs II. V*), ou bien

des crispations, des fourmillements douloureux (*obs. III*). Ordinairement les douleurs s'apaisent aussitôt que l'ongle est tombé (*obs II, III*), et reparaissent avant chaque nouvelle chute (*obs V, VII*). Une seule fois, la chute des ongles sans ecchymose sous-unguéale paraît ne pas avoir été précédée de douleurs spéciales (*obs. VI*).

M. Pouget, dans sa thèse inaugurale, semble considérer l'ecchymose sous-unguéale comme un phénomène constant, précédant toujours le décollement de l'ongle. Cette opinion nous paraît mal fondée. Quelques-uns de nos malades interrogés avec insistance sur ce sujet ont déclaré très formellement que leurs ongles n'avaient présenté avant de se détacher aucune tache brune, aucune modification de couleur (*obs VI* et *IX*, p. 24).

L'état de la sensibilité cutanée, au niveau des orteils dont les ongles sont sur le point de se détacher, est variable. Chez le malade de M. Joffroy, qui perdit à quelques jours d'intervalle les ongles des deux gros orteils, la sensibilité était intacte d'un côté et abolie de l'autre *(obs. I)*. Nous reviendrons du reste plus loin sur cette question.

La chute de l'ongle a lieu sans violence extérieure, sans ulcération, ni suppuration. Le malade trouve l'ongle dans son bas *(obs. III)*, ou dans son lit *(obs. V, VI)*, sans s'être aperçu du moment où il s'est séparé des parties auxquelles il adhère à l'état normal. Quelquefois il se décolle progressivement *(obs. IV)* et devient un véritable corps étranger, qu'on peut arracher sans difficulté et sans que le malade en éprouve de douleur. Nous avons vu arracher ainsi, dans le service de M. Pitres, l'ongle du petit orteil d'un ataxique dont nous rapporterons plus loin l'observation, sans que le malade ait ressenti la moindre souffrance.

Quand l'ongle malade est tombé, il est remplacé par un

ongle de nouvelle formation, qui repousse généralement avec une grande rapidité. L'ongle nouveau a dans certains cas toutes les apparences d'un ongle normal : il est lisse, régulier à sa surface, bien conformé (*obs. II, III, IV).* D'autres fois, au contraire, il est épaissi, difforme, sillonné par des rainures plus ou moins profondes (*obs. VI, VII),* et présente les caractères des ongles dystrophiés que nous étudierons dans le prochain chapitre.

La chute spontanée des ongles survenant en dehors de toute influence traumatique, en dehors des ulcérations ou des suppurations des tissus péri-unguéaux est relativement plus fréquente dans l'ataxie que dans les autres maladies du système nerveux. Mais elle peut aussi se produire dans d'autres affections. M. Joffroy a rapporté à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade de quarante-quatre ans, atteint de sclérose en plaques, qui perdit deux fois spontanément les ongles de ses gros orteils. Les phénomènes qui ont précédé et accompagné la chute des ongles ressemblent beaucoup à ceux qui ont été signalés chez les ataxiques. Le malade de M. Joffroy avait éprouvé pendant quelques jours une douleur assez vive au niveau des gros orteils, puis l'ongle se détacha, et en douze ou quinze jours son décollement fut complet. Puis un ongle nouveau apparût et se développa rapidement. M. Pouget a vu se produire une ecchymose sous-unguéale spontanée, sous l'ongle du gros orteil du côté paralysé, dans un cas d'hémiplégie d'origine cérébrale.

On n'est pas encore fixé sur la nature des altérations anatomiques ou fonctionnelles qui sont la cause immédiate de la chute spontanée des ongles. Il est bien certain que ces chutes simultanées des ongles des deux gros orteils, se reproduisant à des intervalles réguliers, deux, quatre et jusqu'à huit ou dix fois successives, comme cela

est noté dans plusieurs de nos observations, ne constituent pas un accident banal sans rapport avec les altérations médullaires. Il serait puéril d'invoquer ici des traumatismes ou des violences extérieures non perçues par le malade. La plupart des sujets n'avaient pas d'anesthésie des pieds ; ils percevaient très-bien les piqûres légères au niveau des orteils et il est dès-lors impossible de supposer qu'ils n'aient pas ressenti un coup assez violent pour déterminer le décollement et la chute de l'ongle contusionné. D'autre part, la chute des ongles, quand elle est provoquée par un traumatisme, s'accompagne d'altérations apparentes, de meurtrissures, d'ulcérations ou de suppuration du lit et de la matrice de l'ongle. Or, il est expressement noté dans nos observations que ces phénomènes n'ont été constatés par aucun malade. Il y a, au contraire, d'excellentes raisons pour admettre avec M. Joffroy et M. Pitres, que la chute spontanée des ongles est le résultat d'un trouble trophique semblable ou analogue dans sa nature aux autres troubles trophiques déjà connus et susceptibles de se produire dans le cours de l'ataxie locomotrice ou d'autres affections des centres nerveux. On connaît déjà un certain nombre d'observations de chute spontanée des ongles à la suite de lésions traumatiques des nerfs périphériques (Weir Mitchell, Hayem, etc). Il est probable que, dans les cas où la chute spontanée se produit dans le cours des maladies des centres nerveux, elle reconnait pour condition immédiate l'existence d'une névrite périphérique. De toutes les affections médullaires, l'ataxie est peut-être celle qui s'accompagne le plus souvent de ces névrites partielles siègeant sur les nerfs sensoriels (névrite optique, atrophie de la papille) ou sur les nerfs des extrémités (maux perforants, arthropathies). Toutefois la science ne possède pas encore des documents anatomo-

pathologiques assez certains, pour permettre d'affirmer que la chute spontanée des ongles est le résultat nécessaire d'une névrite des nerfs correspondants. Cela est très-vraisemblable, mais ce n'est pas encore complètement démontré.

Nous pouvons résumer dans les conclusions suivantes les faits étudiés dans ce chapitre :

1° On peut observer chez les ataxiques, en dehors de toute cause traumatique, des chutes spontanées des ongles des orteils ;

2° Ces chutes se produisent surtout au niveau des gros orteils, mais peuvent aussi se produire au niveau des autres. Elles sont souvent précédées de douleurs vives, persistant de quelques jours à trois ou quatre semaines, et quelquefois de l'apparition d'une tache ecchymotique sous-unguéale. Elles se produisent fréquemment plusieurs fois consécutives et à des intervalles variables chez les mêmes malades. Elles peuvent avoir lieu à tous les âges de la maladie ;

3° La chute spontanée des ongles peut avoir lieu dans d'autres maladies que l'ataxie locomotrice et particulièrement dans les sections des nerfs périphériques et dans la sclérose en plaques.

Dans tous les cas, il est vraisemblable qu'elle dépend immédiatement d'une altération inflammatoire ou dégénérative des nerfs des orteils.

CHAPITRE II

De la dystrophie des ongles chez les ataxiques.

La nutrition des ongles, comme celle de tous les autres tissus, est, dans une certaine mesure, sous la dépendance du système nerveux. A la suite des sections traumatiques des nerfs périphériques, Weir Mitchell (1) a observé des modifications de forme et de structure des ongles correspondants à la distribution des nerfs sectionnés. Il a vu, dans ces conditions, les ongles se déformer, s'incurver latéralement, s'épaissir et devenir irréguliers. « Souvent, dit-il (page 180), dans des cas suivis seulement de névralgie simple sans cuissons ni état luisant de la peau, j'ai vu les ongles épaissis, en forme de massue, ou bien desséchés, squameux et fragiles. D'autres fois, ils étaient amincis, comme atrophiés et douloureux... Dans un cas récent de blessure du nerf cubital, l'ongle du petit doigt présentait une série de stries ou de sillons alternatifs ; j'ai rencontré le même fait chez un malade hémiplégique que je soigne encore en ce moment. »

Les observations de Weir Mitchell ont été confirmées

(1) Weir Mitchell. — *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences.* Traduction française par Dastre. — Paris, 1874.

par plusieurs auteurs. On a signalé souvent, depuis la publication de son travail, à la suite des sections nerveuses ou des névrites traumatiques l'altération et même la chute des ongles. Mais aucun auteur, à notre connaissance, n'a indiqué jusqu'à présent que ces mêmes altérations pouvaient se montrer et se montraient fréquemment dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. C'est à M. le professeur Pitres que nous devons les premières indications à ce sujet. C'est dans son service que nous avons vu les premiers cas de dystrophie des ongles chez les ataxiques, et c'est d'après ses conseils que nous l'avons recherchée et rencontrée chez un nombre relativement assez grand de sujets à l'hospice des Incurables de Bordeaux.

Avant de décrire les altérations unguéales que nous désignons en bloc sous le nom de dystrophie, nous rapporterons les détails de nos observations. Pour éviter de longues descriptions, nous avons placé à la fin de notre travail deux planches, représentant, d'après nature, les observations macroscopiques des ongles que nous allons décrire.

Observation VIII. — *Ataxie locomotrice progressive.— Dystrophie et chute des ongles des orteils.* — (Résumé des notes communiquées par M. Prioleau).

Le nommé Lasserre (Jacques), plâtrier, cinquante-cinq ans, est entré le 13 novembre 1882, à la salle 16, de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. le professeur Pitres.

Il a fait beaucoup d'excès vénériens et a contracté la syphilis à l'âge de trente-un ans. Sept à huit mois après l'apparition du chancre induré, il a, à un moment donné, perdu connaissance et a vu à la suite survenir une paralysie du bras droit. Le lendemain cette paralysie du bras droit disparaît pour se porter sur tout le côté gauche. Huit jours après, il avait des douleurs très violentes aux pieds, aux jambes, aux

mains et aux cuisses. Les selles étaient involontaires et il avait de l'incontinence d'urine. En 1868, les douleurs qui avaient un peu diminué, reparurent avec la même intensité. Le malade voyait double; son écriture était mal assurée ; la marche devenait désordonnée, surtout au crépuscule et à la nuit. En 1878, nouvelle perte de connaissance durant dix minutes; la marche était devenue impossible. Enfin, il y a quelque temps, le malade a eu une nouvelle crise semblable à la première et il s'est aperçu qu'il ne pouvait presque plus parler.

Pendant tout ce temps, les désordres de la marche ont toujours augmenté, les douleurs ont été à peu près les mêmes et ont eu le même siège : doigts, mains, cuisses et jambes. Elles ont eu un caractère de constriction, de piqûre et enfin, il y a plusieurs années, le malade a ressenti des fourmillements très douloureux aux doigts des pieds.

A diverses périodes, le malade a eu de l'hyperexcitabilité génésique et de la spermatorrhée.

Etat actuel. — Diminution de l'intelligence et de la mémoire. Amaigrissement. Le chatouillement à la plante des pieds est mieux supporté qu'à l'état normal. Les piqûres sont assez bien senties et sont douloureuses pendant très longtemps. Si on pique le malade aux doigts des pieds, on révèle des fourmillements désagréables. Les mouvements sont incoordonnés. Le malade présente de l'hyperexcitabilité électrique. La force musculaire est affaiblie. La sensation de lieu est un peu obtuse. Le réflexe rotulien est aboli.

Pas d'albumine, pas de sucre dans les urines.

État des ongles. — Depuis cinq ou six ans, Lasserre (Jacques), a vu les ongles des gros orteils s'épaissir et présenter des sillons transversaux, multiples et très profonds. Un ongle existant, il semblait mourir sur place sans tomber, puis en venait par derrière lui un second, qui repoussait le premier et quelquefois un troisième qui venait pousser les deux autres, comme cela peut se voir aujourd'hui sur le gros orteil gauche, (*figure 1, pl. I*). Quelquefois, surtout au gros orteil droit, le malade a vu son ongle se boursouffler, mourir, un second se montrer et le premier tomber en s'émiettant comme une croûte de pain sec. Il y a cinq ou six mois, sous l'ongle droit existait un petit abcès, qui a donné du pus pendant quelques jours, mais qui n'a laissé aucune trace appréciable.

Actuellement, l'ongle du gros doigt du pied gauche est divisé en

trois parties par des sillons demi-circulaires profonds (*figure 1 pl. I*). La partie postérieure mesure 1 centimètre, a la coloration normale, est lisse, bien qu'en l'examinant avec attention on aperçoive deux ou trois petites stries demi-circulaires. Elle est séparée de la portion moyenne par une encoche profonde qui s'étend d'un bord à l'autre de l'ongle en formant une courbe régulière. Bien que cette encoche soit profonde, elle n'établit cependant pas une séparation complète entre les deux parties de l'ongle. La portion moyenne mesure 11 millimètres, elle présente une colaration ambrée, sale, mate.

La portion antérieure mesure 3 millimètres et est séparée par un sillon transversal profond de la portion moyenne. Ces deux dernières portions sont séparées dans une longueur d'un centimètre de la matrice, car on peut, sans douleur vive, enfoncer un canif entre l'ongle et la pulpe sous-unguéale. Elles présentent sur leur surface des sillons demi-circulaires parallèles entre eux.

Les ongles des deuxième, troisième et quatrième orteils ont leur coloration normale et une épaisseur un peu plus grande. Des sillons demi-circulaires peu profonds se trouvent sur leur surface. L'ongle du cinquième orteil (*figure 1, pl. I*), est constitué par un petit moignon de 3 millimètres d'épaisseur. Il paraît peu adhérent et il a été arraché un matin à la visite sans difficultés et sans douleur.

Le malade a quelquefois des douleurs fulgurantes aux pieds, jamais dans les orteils, ayant le même caractère que celles de la jambe et de la cuisse. En revanche il éprouve souvent, une ou plusieurs fois par semaine, des fourmillements incommodes qui siègent exclusivement dans la pulpe de la phalangette du gros orteil. Ces douleurs ne durent pas plus de deux à cinq minutes. Jamais de douleurs semblables aux autres orteils. Actuellement il n'y a pas de troubles notables de la sensibilité.

Pied droit. — L'ongle du gros orteil est formé par une succession de stratifications suivant des courbes demi-circulaires régulières. (voir *figure 2, pl. I*).

Il paraît être décollé dans la plus grande partie de son étendue. Sa surface présente plusieurs sillons transversaux dont un principal et le plus antérieur sépare une portion unguéale bien délimitée, qui surmonte les parties voisines et qui a la forme irrégulièrement rectangulaire. Les autres parties paraissent formées de masses épidermiques, se désagrégeant facilement en poussière fine par le grattage. Les ongles des trois orteils suivants sont pareils à ceux du côté

opposé. L'ongle du cinquième est normal. Mêmes douleurs exactement et même siège des fourmillements que de l'autre côté. Aucun trouble de la sensibilité.

Rien à mentionner du côté de l'épiderme.

Observation IX. — *Ataxie locomotrice progressive. — Chute et dystrophie des ongles des orteils.* — Résumé d'après les notes communiquées par M. Prioleau).

Courty (Jean), garçon de salle, âgé de quarante-cinq ans, entre le 25 novembre 1882 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. Pitres.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Quelques signes peu manifestes de scrofule dans son bas-âge. A quinze ans, poussée tuberculeuse. A dix-huit ans, blennorrhagie, chancres non infectants et rhumatisme articulaire aigu généralisé. En 1875, c'est-à-dire à l'âge de trente-sept ans, le malade a eu un mal perforant du gros orteil droit. Des douleurs intermittentes comparables à des piqûres, sont survenues quinze jours après au pourtour du mal perforant. On pratique l'amputation du gros orteil droit.

En 1879, douleurs fulgurantes des deux côtés du corps. Ablation du gros orteil droit, à la suite de laquelle les douleurs ont disparu pendant quinze jours. Quelques mois après, vomissements continuels, non douloureux.

En 1880, les douleurs se généralisent et consistent en fourmillements douloureux surtout dans les doigts. Arthropathie métacarpo-phalangienne de l'index droit. Apparition d'un mal perforant au gros orteil gauche, et douleurs fulgurantes du côté droit du corps. En 1881, quelques légers troubles dans la marche, sensation d'ouate sous les pieds. Sensibilité au toucher obtuse.

État actuel. — Amaigrissement. Sensibilité au chatouillement normale partout, si ce n'est à la plante des pieds où le malade accuse de l'hyperexcitabilité. Les piqûres sont senties tardivement et avec des erreurs de lieu. Sensation du plancher normale pour le pied droit; sensation d'ouate sous le pied gauche. La marche est assez bien conservée. Les réflexes rotuliens sont abolis. Le malade accuse de la diplopie intermittente; pas d'atrophie des nerfs optiques.

Arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit avec gonflement des têtes osseuses et crépitation dans les mouvements sans douleurs. Signes manifestes de tuberculose pulmonaire.

État des ongles. — Quelque temps avant l'apparition du mal perforant du pied gauche, l'ongle a subi des modifications dans sa forme, sa coloration et sa consistance. Il est tombé spontanément en 1881, sans qu'il y ait eu ecchymose sous-unguéale. Cette chute a laissé la pulpe du doigt complètement à nu, et c'est à peine si on voyait au niveau de la matrice un léger trait blanchâtre pouvant faire soupçonner un nouvel ongle, qui existait en effet, puisqu'il a pu donner naissance à celui que nous trouvons aujourd'hui. Jamais d'autre chute,

Actuellement, l'ongle du gros orteil gauche est boursoufflé, fortement épaissi au niveau de son bord antérieur (voir *figure 3, pl. I.*) Sa face supérieure qui est peu étendue (1 centimètre 1/2 environ dans le sens antéro-postérieur et 3 centimètres dans le sens transversal), n'est pas unie, égale ; à partir de la matrice on y trouve cinq à six sillons, transversaux, réguliers, demi-circulaires et concentriques, venant se terminer sur les bords de l'ongle, en se recourbant tous fortement en avant. Le bord antérieur, très épais (environ 8 millimètres), n'est pas régulièrement coupé, il est taillé en un biseau ayant 1 centimètre 1/2 environ, irrégulier avec saillies et anfractuosités. On voit qu'il ne s'est pas fait là une élimination régulière, mais bien un émiettement irrégulier. Les bords latéraux mesurent 1 centimètre 1/2, ils sont épaissis.

Au petit doigt du même pied, nous trouvons un bourgeon corné, très irrégulier, ne pouvant se prêter à aucune description, mais ayant ceci de commun avec celui du gros orteil, c'est qu'il est boursoufflé surtout au niveau de son bord antérieur. Il tient à peine, le malade l'enlève un jour sans effort, sans douleur. Les autres ongles du pied gauche sont crochus, non boursoufflés avec quelques sillons transversaux insignifiants.

Rappelons ici l'insensibilité semblant s'être localisée au pourtour des ongles dystrophiés.

L'ongle du troisième orteil du pied droit présente un léger boursoufflement avec épaississement du bord antérieur et sillons transversaux demi-circulaires.

Absence du gros orteil droit.

Observation X. — *Ataxie locomotrice progressive. — Altération des ongles des orteils.* — (Personnelle).

Riboteau (Jeanne), agée de cinquante-quatre ans, est entrée à l'hospice des Incurables de Bordeaux, en 1874.

Elle a eu la syphilis vers l'âge de trente ans. Plus tard, elle a été atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Pas d'antécédents héréditaires.

Les premiers symptômes de l'ataxie locomotrice progressive remontent à quatorze ans environ. Elle eut à cette époque des douleurs dans la région lombaire et dans les membres inférieurs. L'incoordination motrice ne se développa que plusieurs années après.

État actuel. — Incoordination des mouvements très caractéristique. La malade ne peut que difficilement garder l'équilibre lorsqu'elle est debout sans appui. Ces phénomènes s'accentuent lorsqu'on lui ordonne de fermer les yeux.

La sensibilité est émoussée. Il y a du retard dans la sensation aux piqûres ; il existe de l'analgésie dans certains points des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont abolis du côté droit et très affaiblis du côté gauche.

La malade ressent des douleurs fulgurantes dans toutes les parties du corps, mais principalement dans les pieds et les membres inférieurs. Les mouvements de l'articulation des épaules sont limités et provoquent des douleurs assez vives. Pas d'affaiblissement de la vue. État général satisfaisant.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Etat des ongles. — Deux à trois ans après les premiers symptômes de l'ataxie, Riboteau (Jeanne), a vu survenir du côté des ongles des pieds des modifications appréciables. Ce sont des douleurs fulgurantes dans les orteils qui ont porté son attention de ce côté.

Elle a remarqué alors que ses ongles s'épaississaient et changeaient de couleur, qu'ils poussaient très vite et qu'ils étaient très-durs.

Pied droit. — La forme de l'ongle du gros orteil du pied droit est peu altérée. Le quart antérieur est jaune clair et est séparé du reste de l'ongle par un sillon transversal assez profond à sa partie moyenne

et qui va se perdre vers les bords. Dans les trois-quarts postérieurs, l'ongle a une coloration blanchâtre et est parsemé de petits sillons très-nombreux et de stries en tous sens.

Pas de boursoufflement apparent, pas de lamelles épidermiques adhérentes à la face profonde ; mais il existe, au-dessous du bord libre, une quantité considérable de matière jaunâtre.

L'ongle du deuxième orteil est boursoufflé dans toute la partie moyenne et longitudinale. Sa coloration est modifiée ; il est noir dans les deux tiers postérieurs et jaune foncé dans le tiers antérieur. Il présente des stries transversales et des sillons nombreux qui arrivent jusqu'à ses bords.

Vers le milieu du bord libre, on trouve une échancrure qui permet de constater la présence de plusieurs lamelles successives superposées et qui sont formées par une substance racornie, peu consistante, qui s'émiette facilement par le grattage.

Les autres orteils présentent à peu de choses près, les mêmes altérations, sauf la coloration noire.

Pied gauche. — Les ongles des orteils du pied gauche sont à peu près semblables à ceux du pied droit. Les douleurs sont moins vives de ce côté.

Les ongles ne sont jamais tombés. Ils poussent très vite et ils sont très durs.

Il n'y a pas d'anesthésie dans les orteils, mais il y a un retard de quelques secondes dans la sensation aux piqûres.

Il n'y a pas d'altérations dans les ongles des doigts.

Observation XI. — *Ataxie locomotrice progressive. — Dystrophie des ongles des gros orteils.* — (Personnelle).

Rénaud (Jean), chauffeur, cinquante-six ans, est entré à l'hospice des Incurables de Bordeaux, en 1879.

En 1871, il avait souvent des tournements de tête et il vomissait fréquemment. En 1875, il éprouvait des douleurs violentes dans tout le corps et il voyait survenir un affaiblissement considérable des forces dans les membres inférieurs. En 1879, les symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice apparaissaient. Défaut de coordination des mouvements. Projection des jambes en avant et choc du

talon. Difficulté de la station verticale. Anesthésie plantaire ; sensation de laine sous les pieds.

État actuel. — Les désordres de la locomotion sont très accentués. La force musculaire des membres supérieurs est très affaiblie. Les mouvements de l'articulation de l'épaule gauche sont très limités et provoquent une douleur assez violente.

Dans le reste du corps, le malade ne souffre pas à l'état de repos, mais le moindre mouvement fait survenir des douleurs qu'il compare à des piqûres de fourmis.

La sensibilité au toucher, aux pincements et aux piqûres est normale, si ce n'est à la plante des pieds. Le froid et le chaud sont également perçus. Les réflexes rotuliens sont abolis. Le malade accuse depuis quelque temps des troubles gastriques. Les deux yeux sont affectés de strabisme interne.

Pas de sucre dans les urines.

État des ongles. — En 1873, c'est-à-dire deux ans après les premiers tournements de tête, Rénaud ressentait une crispation, un engourdissement dans les deux gros orteils et il voyait survenir un changement de forme et de consistance des ongles. Ils s'étaient un peu boursoufflés et avaient changé de couleur.

Actuellement, la sensibilité au toucher et aux piqûres est parfaitement conservée dans tous les orteils. La matrice de l'ongle ne présente rien de particulier : pas d'ulcération, pas de cicatrice.

Pied gauche (voir *fig. 4, pl. II*). — La face supérieure de l'ongle du gros orteil est divisée en deux parties à peu près égales par un sillon longitudinal et médian qui s'étend depuis la matrice de l'ongle à son extrêmité libre. Des stries transversales assez nombreuses se voient sur toute cette face. Le bord antérieur de cet ongle mesure cinq millimètres d'épaisseur; il est formé par de nombreuses lamelles superposées. Ces lamelles se présentent au premier abord sous l'aspect d'une matière noirâtre qui se sépare assez facilement. La couche superficielle est très-dure: les couches sous-jacentes s'émiettent, au contraire, facilement. L'ongle qui a été coupé récemment avait une longueur assez considérable et croissait de dedans en dehors.

Le malade n'a pas souvenir d'avoir reçu de coup sur cet orteil. Les ongles des autres orteils ne présentent rien de particulier.

Pied droit. (voir *fig. 6, pl. II*). — L'ongle du gros orteil a la forme

d'un demi-cylindre, dont les bords sont adhérents à la matrice dans presque toute leur étendue et dont le centre épaissi est formé par une couche cornée, présentant des stries transversales, qui recouvre des couches épithéliales molles, lamellaires, faciles à émietter par le grattage. Les autres ongles de ce pied sont tous un peu boursouflés, peu altérés dans leur forme. Ils ne sont jamais tombés.

Les ongles des doigts sont absolument sains.

Observation XII. — *Paralysie ataxique. — Dystrophie des ongles des orteils.* — (Personnelle).

Nadal (Martin), soixante-treize ans, est entré à l'hospice des Incurables de Bordeaux en 1866.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Il y a dix-huit ans, il a fait une chute sur la région lombaire de la colonne vertébrale. Il n'y a pas eu de paralysie immédiate des membres inférieurs, mais quelques mois après la marche devint difficile. Le malade raconte qu'il n'a pas eu, à cette époque, de douleurs vives à type fulgurant. Il signale seulement quelques sensations douloureuses dans les membres inférieurs. De plus, il dit que quinze mois après sa chute, il a remarqué l'existence d'une altération dans la forme et la coloration des ongles des deux gros orteils. Il éprouvait aussi à cette partie une douleur lente, continue, s'exaspérant à la pression.

En 1866, lors de son entrée à l'hospice, les symptômes de l'ataxie locomotrice étaient manifestes. Mouvements brusques et déréglés des membres inférieurs ; projection des pieds en avant pendant la marche, station verticale à peu près impossible. La force musculaire s'affaiblissait de plus en plus.

Etat actuel. — L'incoordination des mouvements est plus accentuée ; la marche est impossible sans deux aides. Sensation de vide sous les pieds. Douleurs lombaires légères. Douleurs fulgurantes dans les membres et dans le dos. La sensibilité aux piqûres et au chatouillement n'est pas modifiée. Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

État des ongles. — L'ongle du gros orteil du pied droit a la forme

ordinaire; il est toutefois un peu déjeté en dehors. Il est jaune verdâtre au tiers antérieur et blanc opaque aux deux tiers postérieurs. Il est en outre boursoufflé à son centre et épaissi à son bord libre de 2 à 3 millimètres. En dessous on aperçoit des lamelles épithéliales superposées, plus nombreuses vers la partie externe.

Les autres orteils présentent des troubles trophiques analogues et affectent diverses formes irrégulières.

L'ongle du gros orteil du pied gauche, a la forme d'un demi-cylindre (voir *figure 3, pl. II*). Les bords sont amincis, durs et présentent des sillons nombreux et des stries. A la partie moyenne, il existe un produit lamelleux, moins dur, de couleur blanchâtre, qui s'émiette facilement par le grattage. Ces lamelles concentriques sont au nombre de six à sept.

A la surface, on trouve un sillon transversal qui divise l'ongle en deux parties à peu près égales. La partie antérieure est jaune clair et l'autre partie est cendrée. Il a de la tendance à s'accroître vers la partie externe.

Les autres ongles sont encore plus altérés; ils sont très durs et noirs. Celui du deuxième orteil a la forme d'une pyramide à sommet supérieur; il est épaissi, et au-dessous de lui, on trouve des masses épithéliales délitescentes.

Il n'y a pas d'anesthésie et d'analgésie des orteils. Il n'y a jamais eu d'ulcération.

L'épiderme de la plante des pieds est considérablement épaissi, et se desquame continuellement.

Les ongles des doigts ne présentent rien d'anormal.

Les cinq observations qui précèdent sont des exemples très nets de dystrophie des ongles. Elles prouvent que les altérations de nutrition des ongles sont loin d'être rares dans l'ataxie locomotrice et qu'elles se présentent avec des caractères assez tranchés pour mériter de fixer l'attention.

Dans toutes nos observations, les ongles des orteils étaient seuls altérés, les ongles des doigts ne présentaient rien d'anormal. Peut-être cela tient-il à la fréquence des troubles ataxiques dans les membres inférieurs, comme nous l'avons déjà dit pour la chute des ongles, peut-être

aussi cela dépend-il de quelque prédisposition particulière dont la nature nous est inconnue?

La dystrophie unguéale se montre dès les premières années qui suivent le début de l'ataxie (*obs. X* et *XI*) ou n'apparait, que tardivement (15 ans dans l'*obs. VIII*).

Une fois établie, elle paraît persister fort longtemps, peut-être même indéfiniment. Nous n'avons rencontré jusqu'à présent aucun malade chez lequel des ongles manifestement dystrophiés aient été remplacés par des ongles normaux, régulièrement conformés.

L'altération est toujours plus apparente aux ongles des gros orteils; mais elle existe sur tous, à des degrés variables. Ordinairement, les ongles des gros et des petits orteils sont plus altérés que ceux des deuxième, troisième et quatrième orteils.

La dystrophie unguéale coïncide toujours avec des douleurs spontanées violentes ou avec des sensations spéciales d'engourdissement, de fourmillement dans les orteils. Nous avons étudié avec soin chez plusieurs malades l'état de la sensibilité au contact et à la piqûre dans la région des orteils portant des ongles dystrophiés. Les résultats de cette étude ont été variables.

Chez certains malades, les orteils, dont les ongles sont dystrophiés, ont leur sensibilité normale (*obs. VIII, X, XI, XII*); chez d'autres, il existe de l'analgésie ou de l'anesthésie (*obs. IX*).

Ordinairement la peau des orteils et du pied ne présente aucune altération appréciable dans sa structure. Dans un cas cependant l'épiderme de la face plantaire des pieds était épaissi et se desquamait continuellement (*obs. XII*), et dans un autre (*obs. IX*), il y avait eu un mal perforant.

Aucune description ne peut donner une idée complète de la nature et des variétés des altérations qui caractéri-

sent la dystrophie unguéale. Un simple coup d'œil jeté sur les planches I et II en apprendra plus sur ce sujet, que toutes les descriptions possibles. D'une façon générale, on peut dire que l'ongle dystrophié est modifié dans sa *coloration*, dans sa *forme* et dans sa *consistance*.

La *coloration* est variable : elle est tantôt jaune clair, blanchâtre (*obs. IX*), tantôt jaune verdâtre (*obs. XII*) ou noire (*obs. X, XII*). Dans tous les cas, l'ongle malade a perdu sa transparence habituelle et quelles que soient les nuances de sa coloration, il est toujours opaque.

La *forme* des ongles dystrophiés est quelquefois profondément altérée. Dans certains cas, sa face supérieure présente des sillons longitudinaux (*obs. XI*) ou transversaux profonds (*obs. VIII, X, XI*), uniqnes ou multiples. (Voy. *pl. I, figures 1* et *2*). Quelquefois l'ongle ressemble à un petit moignon corné, conique ou difforme. Presque toujours les ongles malades sont très notablement épaissis : il n'est pas rare de voir leur bord libre mesurer 2 à 6 millimètres d'épaisseur (*pl. II, figures 3, 4, 6*). Ce bord libre est souvent irrégulier, écailleux et montre la surface de l'ongle s'effritant comme le font certaines formations rocheuses à structure stratifiée (*pl. I, figure 3, pl. II, figures 2, 3, 4*).

La *consistance* des ongles altérés est variable ; quelquefois la couche cornée est extrêmement dure. Plus souvent peut-être, l'ongle est formé de deux couches de consistance inégale, une couche superficielle résistante formant coque, et une couche profonde plus épaisse, formée par une substance épithéliale peu cohérente, s'émiettant sous le grattage et se séparant en petits grumeaux blanchâtres ou en lamelles furfuracées.

Chez certains malades, la croissance des ongles altérés est très rapide ; chez d'autres, elle paraît être ralentie ;

mais le temps nous a manqué pour contrôler ce fait par des observations directes. Il est certain cependant que quelques malades sont obligés de couper leurs ongles plus fréquemment qu'à l'état normal, tandis que d'autres n'ont presque jamais besoin de les couper ou de les limer.

Les altérations unguéales que nous venons de décrire sont fréquentes dans l'ataxie. Nous devons ajouter qu'elles peuvent s'observer dans d'autres affections centrales ou périphériques du système nerveux. Nous avons déjà rappelé les observations analogues décrites par Weir Mitchell, à la suite de la section traumatique des nerfs périphériques. On peut aussi observer la dystrophie dans d'autres affections centrales que l'ataxie. Nous l'avons rencontré nous-même dans un cas de myélite consécutive à une carie de la colonne vertébrale, chez une épileptique et chez une malade atteinte de paralysie glosso-labio-pharyngée.

Dans l'observation suivante, la dystrophie s'était développée à la suite d'une ancienne myélite traumatique.

Observation XIII. — *Lésions trophiques des ongles à la suite d'une myélite traumatique.* — (Personnelle)

B... (Louis), s'est fracturé la portion cervicale de la colonne vertébrale en 1856 et a eu à la suite une paralysie absolue du tronc et des membres. Cette paralysie a diminué progressivement, mais n'a jamais complètement disparu. Les douleurs, très vives à ce niveau quelque temps après l'accident, ont diminué d'intensité, mais ont toujours persisté.

En 1857, c'est-à-dire un an après, le malade a vu survenir certaines modifications du côté des gros orteils. Il a ressenti des douleurs assez vives à ce niveau et a vu ses ongles s'épaissir, se boursouffler. Il se

rappelle que ses ongles étaient formés par une couche superficielle très dure, formant coque et ayant une grande tendance à s'accroître, tandis qu'en dessous il existait une matière jaunâtre, s'émiettant facilement. Quelque temps plus tard, les ongles des autres orteils se sont également modifiés.

Actuellement, l'ongle du gros orteil droit est épaissi et n'est pas adhérent à la matrice unguéale dans toute son étendue. Il a la forme d'un triangle à base interne et à sommet externe. Le bord interne est adhérent dans toute son étendue; il est aminci, et assez lisse. Le bord antérieur est aminci, crénelé et présente une échancrure à 3 millimètres du sommet du triangle. Le bord postérieur est arrondi, rugueux et se continue à sa partie la plus profonde avec la racine de l'ongle. La face supérieure présente des dépressions, des saillies et des stries en tous sens.

Toutes les parties de l'ongle, si ce n'est le bord interne, sont soulevées par la présence de couches superposées qui ne sont apparentes que par le bord antérieur. Elles se présentent sous l'aspect de petites lamelles noirâtres et s'émiettent facilement par le grattage.

Les ongles des autres orteils sont moins altérés. Ils tombent quelquefois spontanément.

L'ongle du gros orteil du pied gauche a également la forme d'un triangle à sommet antérieur. Le bord inférieur ou base du triangle est adhérent dans toute son étendue et ne présente rien de particulier. Le bord interne est adhérent seulement dans sa moitié postérieure, et se détache à l'autre extrémité,à cause des couches profondes qui se sont développées. Le bord externe est aminci et irrégulier. La surface supérieure présente des éminences et des dépressions. De même qu'au pied droit,on voit des couches profondes, mais elles sont moins nombreuses.

Tous les ongles de ce pied sont noirs et très-durs. Ils sont tombés spontanément sans douleur et sans cause apparente. Ils se soulèvent et le malade n'a qu'à les prendre avec les doigts pour les détacher. L'ongle du gros orteil n'est tombé qu'une seule fois.

M. le Docteur Arnozan a bien voulu nous communiquer la note suivante, relative à un cas de dystrophie des ongles à la suite d'une section des nerfs de l'avant-bras.

Observation XIV. — *Plaie du médian et du cubital. — Lésions trophiques des ongles*, par le Dr Arnozan. — (Inédite) (1).

Jules L... a été gravement blessé à la main gauche dans les premiers jours du mois d'avril 1882. La peau de la région palmaire et l'aponévrose sous-jacente ont été décollées et rebattues du poignet vers les doigts sur une grande étendue. Le blessé a d'abord été soigné à la campagne et n'a été observé par nous qu'à partir du mois d'août 1882, c'est-à-dire quatre mois après le traumatisme.

La guérison de la plaie est à ce moment complète ; une longue cicatrice en marque la place ; elle s'étend suivant une ligne courbe à concavité inférieure du bord cubital du poignet au sommet du premier espace interdigital. Certains symptômes démontrent de la façon la plus positive que le nerf médian et le nerf cubital ont été sectionnés : ce sont la coloration rouge livide de tous les doigts et de la paume de la main, l'anesthésie complète des mêmes régions, enfin l'apparition de bulles phlycténoïdes sur le pouce et l'index, au niveau seulement de la dernière phalange.

Les ongles à ce moment ne présentaient d'autre altération qu'une légère striation en long (20 avril 1882). Dans le but de savoir si leur croissance se fait aussi régulièrement sur la main blessée que sur la main saine, on fait une forte application de nitrate d'argent sur la partie libre de l'ongle des deux médius.

Le 30 septembre 1882, le malade, qui a été suivi régulièrement, est de nouveau examiné au point de vue des ongles. L'accroissement a été le même des deux côtés ; il a été de trois millimètres et demi à quatre millimètres ainsi qu'on peut s'en assurer en mesurant au compas la distance qui sépare le repli épidermique de la matrice du bord de la tache argentique.

Au niveau de ce bord, on remarque un bourrelet transversal assez saillant sur l'ongle du médius gauche. Un bourrelet semblable existe sur les autres ongles du même côté ; il est placé à la même distance de la matrice. Rien de semblable n'existe à la main droite. Tous ces bourrelets ont donc été formés à la même époque ; et la coïncidence de l'un d'eux avec la marque au nitrate d'argent permet d'affirmer que leur apparition date du milieu du mois d'août.

(1) L'observation complète sera publiée prochainement, par son auteur, dans les Bulletins de la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Il est à remarquer que c'est également dans le mois d'août que les bulles ont apparu sur les deux premiers doigts ; il ne s'en est plus formé depuis le commencement du mois de septembre.

27 février 1883. — Le malade a été revu. Le bourrelet s'est avancé vers le bord libre de l'ongle qu'il sépare en deux parties inégales, où l'on observe comme seule altération, une striation longitudinale peu marquée sur les derniers doigts, mais qui, sur le bord interne de l'index, devient une véritable fissuration.

A ce moment les autres symptômes sont peu modifiés, sauf l'anesthésie qui a disparu dans une partie de la paume de la main.

Nous pourrons reproduire, en terminant ce chapitre, les mêmes réflexions que nous avons faites à la fin du chapitre précédent. Il est certain qu'on rencontre fréquemment chez les ataxiques et quelquefois à la suite d'autres maladies des centres nerveux, des dystrophies particulières des ongles des orteils, indépendantes de toute lésion traumatique. Il est probable que ces altérations de la structure des ongles sont de véritables troubles trophiques.

L'observation de M. Arnozan (*obs. XIV*), est particulièrement intéressante à ce point de vue, puisque la dystrophie unguéale, développée dans le domaine des nerfs sectionnés, paraît s'être produite en même temps qu'une éruption phlycténoïde et qu'une altération de la structure de la peau ; tous phénomènes dépendant évidemment de l'altération dégénérative des nerfs sectionnés.

Dans nos cas de dystrophie des ongles chez les ataxiques, il est vraisemblable que des névrites périphériques, évoluant lentement dans ces nerfs des orteils, sont la condition immédiate des altérations de nutrition des ongles. Il sera facile de vérifier bientôt cette hypothèse, car il s'agit là d'un accident relativement commun chez les ataxiques et il suffira d'un petit nombre d'autopsies pour juger la question. En attendant que ces documents aient été produits et

sans sortir du domaine des faits d'observation pure, nous croyons pouvoir donner les conclusions suivantes :

1° On observe souvent, dans les maladies des centres nerveux ou des nerfs périphériques, des altérations de structure des ongles se produisant lentement en dehors de tout traumatisme de la région unguéale;

2° Ces altérations, qu'on peut désigner sous le nom de dystrophie des ongles, sont fréquentes chez les ataxiques. Elles siègent alors sur les ongles des orteils. Elles s'accompagnent ordinairemen de douleurs vives ou de sensations de fourmillement ou d'engourdissement des orteils. Elles sont caractérisées par des modifications dans la forme, la couleur et la consistance des ongles. Une fois développées, elles paraissent persister indéfiniment;

3° Ces dystrophies qui ne sont pas un symptôme, mais plutôt un accident de l'ataxie locomotrice, sont probablement de véritables troubles trophiques tenant au développement de névrites des nerfs des orteils.

Vu bon à imprimer :
Le Président de Thèse :
A. PITRES.

Vu le doyen de la Faculté,
Pour le doyen,
L'assesseur délégué :
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux.
H. OUVRÉ.

EXPLICATION DES FIGURES

PLANCHE I.

Figure 1. — *Observation VIII.* — Pied gauche. Deux sillons transversaux profonds divisent l'ongle du gros orteil en trois parties qui semblent indiquer trois poussées successives. L'ongle du petit orteil est formé par un bourgeon épithélial, de forme irrégulière et ne se prêtant à aucune description.

Figure 2. — Même observation. — Pied droit. L'ongle du gros orteil présente plusieurs sillons transversaux, dont un principal et le plus antérieur sépare une portion unguéale bien délimitée, de forme irrégulièrement rectangulaire et qui surmonte les parties voisines.

Figure 3. — *Observation IX.* — Pied gauche. Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, on trouve la cicatrice d'un mal perforant complètement guéri. L'ongle du gros orteil est parsemé de sillons et de stries transversaux; son bord antérieur est taillé en biseau aux dépens de son bord supérieur.

PLANCHE II.

Figure 1. — *Observation VII.* — Pied gauche. Tous les orteils sont recourbés et plus ou moins déformés. L'ongle du gros orteil est épaissi à son bord antérieur ; il présente un bourrelet formé par plusieurs petites couches de substance unguéale.

Figure 2. — Même observation. — Pied droit. L'ongle est séparé des parties molles à sa partie postérieure par une sorte de rainure de 3 millimètres de largeur occupée par une substance cornée, noirâtre, se désagrégeant facilement. Il présente de

nombreux sillons transversaux à sa surface. Son bord libre est épaissi et formé par plusieurs couches.

Figure 3. — *Observation XII.* — Pied gauche. Ongle du gros orteil de forme cylindrique. Bord épaissi présentant des lamelles concentriques.

Figure 4. — *Observation XI.* — Pied gauche. Ongle du gros orteil divisé en deux parties égales par un sillon longitudinal profond. Sillons transversaux nombreux. Bord libre épaissi, formé par de nombreuses couches superposées s'émiettant facilement par le grattage.

Figure 5. — *Observation VI.* — Deuxième orteil du pied droit. L'ongle a été enlevé par le grattage. Au centre de la pulpe unguéale il existe un petit bourgeon brunâtre, qu'il est impossible d'enlever. Au pourtour de la matrice il existe une collerette étroite de substance unguéale, qui semble représenter un ongle en voie d'évolution.

Figure 6. — *Observation XI.* — Pied droit. Ongle du gros orteil épaissi dans toute son étendue.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Des os du bassin et de ses ligaments.
Physiologie : Du toucher.
Chimie : Arsénic, antimoine et leurs principaux composés.
Histoire naturelle : Des vaisseaux laticifères et de leur contenu.
Pathologie externe : Les divers moyens d'évacuer les collections purulentes.
Pathotcgie interne : De l'état du sang dans la chlorose.
Pathologie générale : De l'hydropisie.
Histologie et anatomie générale : Des membranes séreuses.
Anatomie pathologique : Ramollissement cérébral.
Médecine opératoire : De l'écrasement linéaire, médication de cette méthode.
Pharmacologie : Des sirops.
Matière médicale : Famille des solanées et plantes utiles qu'elle fournit à la médecine.
Thérapeutique : Voies et modes d'introduction des médicaments.
Hygiène : De la sophistication de la bière.
Médecine légale : De la naissance. — Questions médico-légales y afférentes de la viabilité.
Accouchements : Des médications et des contre-médications du forceps.

Bordeaux. — Imp. A. BELLIER et C^e^, rue Cabirol, 16.

Fig. 1.

Fig. 2.

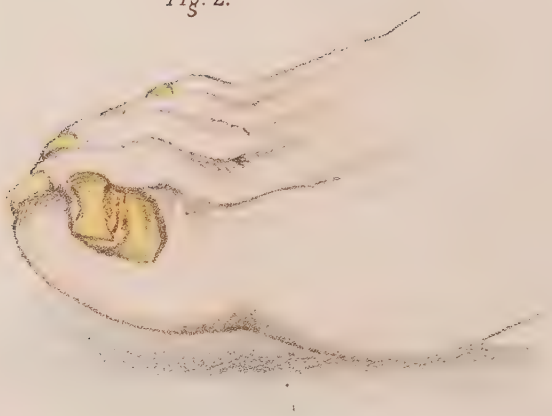


Fig. 3.

L. Prioleau, ad nat. del.

Pl. II.

Fig. 1.

Fig. 2.

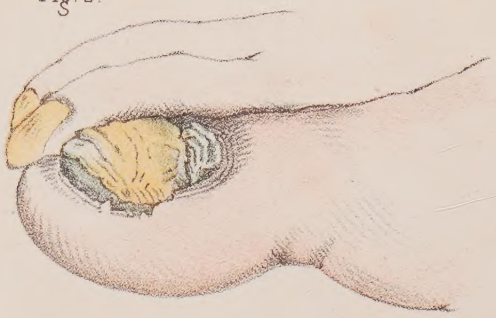


Fig. 3.

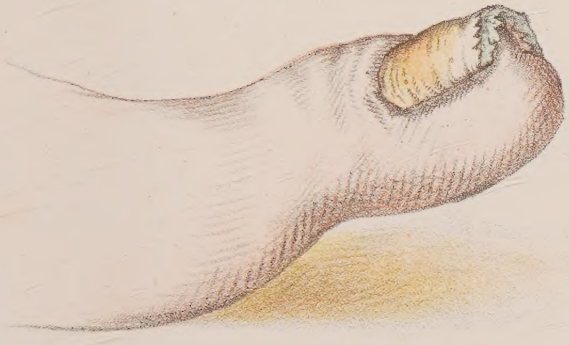


Fig. 4.

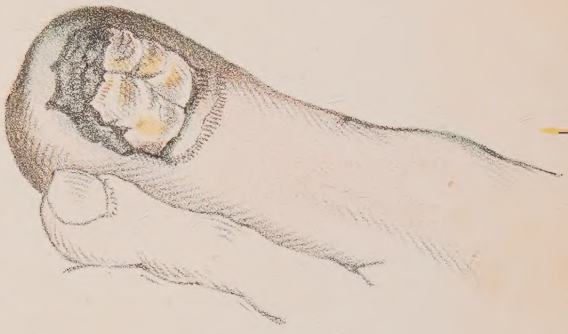
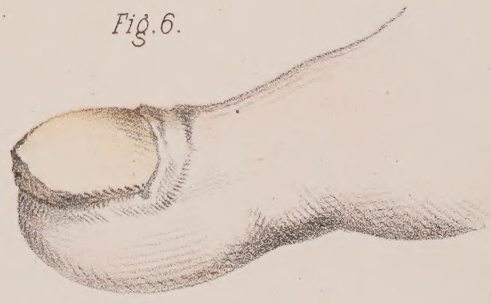


Fig. 5.

Fig. 6.



L. Prioleau, ad nat. del.

IMP. A. BELLIER & Cie BORDEAUX